

Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen des Betagten¹

B. Steinmann

Medizinische Abteilung des C. L. Lory-Hauses, Inselspital Bern (Chefarzt: Prof. B. Steinmann)

Periodische medizinische Untersuchungen im Alter haben auf die besonderen und komplizierten Morbiditätsverhältnisse dieses Lebensabschnittes Rücksicht zu nehmen. Diese wiederum führen bei einem kritiklosen Vorgehen zu einem zeitlichen und finanziellen Aufwand, der nicht verantwortet werden kann. Wir müssen daher von vorneherein mit einer realistischen Einstellung an das Problem herantreten.

Bei der Planung einer Untersuchung im 3. Alter muss zweifellos in erster Linie die im Alter charakteristische Polymorbidität (Multimorbidität, Polyopathie usw.) beachtet werden. Wir müssen stets an eine ganze Reihe von Krankheitsmöglichkeiten denken. Darunter hat es lebenswichtige mit erster Dringlichkeit, dann solche, die den Patienten eher aus Schmerz-, Invalidisierungs- und andern Gründen belästigen, und nebensächliche, die weder Beschwerden verursachen noch einen lebensbedrohenden Charakter haben. Man kann auch zwischen aktiven und ruhenden Organveränderungen unterscheiden (*Rössle* [4]; *Selberg* [6]). Im Vordergrund stehen die kardiovaskulären Erkrankungen und die Neoplasien, dann die Veränderungen des Bewegungsapparates, Entzündungsprozesse, metabolische Krankheiten wie Diabetes neben andern weniger häufig vorkommenden Leiden. Zu schweren Krankheitszuständen führen auch die erhöhte Neigung zu Thromboembolien und zu Unfällen mit ihren Folgen: *Howell* [4] fand nach dem 65. Jahr mit dem Alter zunehmend durchschnittlich 6 bis 8,5 Läsionen. Wir (*Geiser* und *Steinmann* [3]) stellten bei den über 60jährigen im Durchschnitt, ohne die terminale Pneumonie mitzuzählen, beim Mann 2,5 und bei der Frau 2 Infektionen fest, am häufigsten chronische Bronchitiden, Infektionen der Harnwege, Cholezystopathien und Divertikulitiden des Colons, also bei nach aussen kommunizierenden Organen. Diese Aufzählungen geben gewisse Anhaltspunkte dafür, was wir bei einer Untersuchung finden werden und wo man unter Umständen Schwerpunkte der Diagnostik setzen muss.

Klinisch ist es oft schwer zu sagen, wann eine Altersveränderung in eine Alterskrankheit übergeht. Oft ist es nur der Schmerz, der den Schritt vom einen zum andern bewirkt. Prinzipiell müssen wir in präventiver Hinsicht unterscheiden zwischen Altersveränderungen, die bei jedem in wechselnder Ausprägung vorkommen, und Alterskrankheiten, die aus jenen hervorgehen, und vom Altern unabhängigen Krankheiten. Man unterscheidet daher oft zwischen einer präventiven Gerontologie, die schon in frühern Jahren einsetzen muss, um Altersveränderungen zu hemmen, und einer präventiven Geriatrie, die das höhere Alter betrifft (*Zilli* [7]).

Vorsorgeuntersuchungen beim Betagten bezwecken sowohl eine Hemmung des Vorgangs des Alterns als auch die rechtzeitige Erkennung neuauftretender Krankheiten. Der Autor fasst die Besonderheiten und den Inhalt solcher Untersuchungen zusammen.

Die erst im höhern Alter durchgeführte präventivgeriatriische Untersuchung hat stets einen doppelten Charakter, einerseits einen rein präventiven im Hinblick auf die Verzögerung der Altersveränderungen und das Auftreten der Alterskrankheiten sowie die Verhütung von Komplikationen und andererseits immer auch einen therapeutischen, was die schon vorhandenen krankhaften Prozesse anbetrifft, die wohl kaum jemals ganz fehlen dürften. Wir müssen immer zu unterscheiden versuchen, ob die Prävention für den Grundprozess (Arteriosklerose) oder eine allfällige Komplikation (Thrombose, Ruptur) Geltung hat. Die komplexe Krankheitssituation im Alter führt dazu, dass wir oft weniger eine wohldefinierte Krankheit vor uns haben als vielmehr komplexe Krankheitszustände, wobei oft eher Nebenerscheinungen das Krankheitsbild in ungünstiger Weise beeinflussen als die pathogene Grundursache, so z. B. eine Exsiccose, Schluckstörungen mit Neigung zu Aspiration, ein herabgesetzter Hustenreflex usw. Wir müssen daher im Alter präventiv nicht nur auf die Alterskrankheiten mit ihren Komplikationen Rücksicht nehmen, sondern auch auf die vielen damit verknüpften kleinern Einbussen, die so schwere Folgen haben können.

Rein präventive Massnahmen, wie wir sie in der Jugend gezielt für bestimmte Krankheiten ausführen, sind im Alter nur bei denjenigen Krankheiten möglich, die in diesem Lebensabschnitt neu entstehen, also z. B. bei Neoplasmen (Prostata) oder bei Komplikationen wie Thrombosen, Frakturen bei Osteoporose usw. So ist z. B. die Untersuchung auf ein Portiokarzinom bei der einzelnen Frau einfach und lehnt sich an ein Schema an; die Schwierigkeiten treten erst auf bei der Erfassung einer möglichst grossen Anzahl von Frauen in bestimmten Zeitabständen.

Im Alter muss wegen der stets vielfältigen Pathologie auf körperlichem und seelischem Gebiet immer der ganze Mensch präventiv erfasst werden können. Erst sekundär kann man dem Einzelfall angepasste gezielte Massnahmen ins Auge fassen. Wir können aber nicht wahllos komplizierte Untersuchungsmethoden anwenden, die im Alter oft einen erheblichen Eingriff bedeuten. Man wird zunächst eher zurückhaltender sein als beim jüngern Individuum.

Wie soll man angesichts dieser komplexen Situation im Alter bei der periodischen Untersuchung am zweckmässigsten vorgehen?

Wir kennen alle die grossen diagnostischen Kliniken, die in kurzer Zeit bei einem Patienten, unter Zu-

¹ Gestützt auf ein Referat anlässlich der wissenschaftlichen Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin, Lausanne, 4./5. Oktober 1974.

hilfenahme unzähliger Laboruntersuchungen und Röntgenaufnahmen, einen diagnostischen Querschnitt erstellen. Oft kommen dann solche Patienten in die Sprechstunde mit einem ganzen Bündel von Laboratoriumsergebnissen, worunter vielleicht ein erhöhter Cholesterin- oder Harnsäurewert, sind meist etwas ratlos und wissen nicht, was sie darüber denken sollen. Mir scheint dieses Vorgehen im höhern Alter, abgesehen von der finanziellen Belastung, nicht das Richtige zu sein. Der Präventivgedanke ist hier zu stark vertechnisiert und vernachlässigt alle andern Einflüsse, die die Einstellung des ältern Individuums zu seinem Allgemeinzustand mitbedingen, nicht zuletzt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Nirgendwo in der Medizin wie in der Geriatrie ist es so wichtig, dass der Patient «seinen Arzt» hat, der ihn genau kennt und dauernd betreut, also einen Hausarzt, sei dieser nun Allgemeinmediziner oder Internist (Anderson [1]). In der Präventivmedizin des Alters gilt genau dasselbe Dogma wie in der kurativen Geriatrie, das Delachaux [2] folgendermassen zusammengefasst hat: Ein Betagter muss stets in 4 Richtungen hin untersucht und betreut werden, nämlich in somatischer, psychischer, sozialer und rehabilitativer. Dann erst können wir zu einer zweckmässigen und wirklich gültigen Beurteilung gelangen.

Es ist unerlässlich, dass der Arzt eine gründliche erste Untersuchung durchführt, die diese 4 Punkte berücksichtigt. Bei den spätern Untersuchungen (Check-ups) kann gewöhnlich die Untersuchung eingeschränkter und gezielter ausgeführt werden, soweit es die von den Altersveränderungen ausgehenden Krankheiten anbetrifft, dagegen muss stets besondere Rücksicht auf die jederzeit neu auftretenden Leiden, insbesondere auf Neoplasmen, genommen werden.

Die erste Untersuchung muss in der Regel folgende Massnahmen umfassen:

1. Eine eingehende *Anamnese*, die im Alter ausserordentlich viele Anhaltspunkte geben kann. Sie muss insbesondere Residuen früherer Krankheiten und Unfälle berücksichtigen. Es kann z. B. eine wegen einer in der Jugend durchgemachten Tuberkulose alte Thorakoplastik im höhern Alter zu einer Ateminsuffizienz führen, die man bei geeignetem Vorgehen hinauszögern kann. Ferner besteht oft eine erhöhte Anfälligkeit einzelner Organ- oder Gewebssysteme, wie das vaskuläre System oder der Bewegungsapparat. Eine bald kürzere, bald längere psychische Exploration ist unerlässlich mit den Hauptfragen: Besteht eine depressive Neigung, sind Zeichen eines psychischen Abbaus zu erkennen, wie reagiert der Patient auf die Altersbeschwerden? Ist er geistig rege, teilnahmslos oder apathisch? Hat er die Neigung, seine Beschwerden zu aggravieren oder eher die Tendenz zu dissimulieren? Das in dieser Richtung geführte Gespräch ist im Hinblick auf allfällig wünschenswerte

Rehabilitationsmassnahmen äusserst wichtig. Sowohl der geistige als auch der körperliche Aktivitätsgrad ist in dieser Beziehung sehr wichtig. Das Gesundheits- oder Krankheitsgefühl können durch soziale Faktoren stark beeinflusst werden. Die Anamnese muss uns somit ein Bild über den Gesamtzustand und die Lebensweise des Patienten verschaffen können.

2. Eine *internistische und eventuell auch neurologische Untersuchung*. Neben der Gewichtsbestimmung braucht die Wichtigkeit der Blutdruckmessung kaum erwähnt zu werden, nicht weil sie einfach durchzuführen ist, sondern weil eine Hypertension der wichtigste Risikofaktor im Gefässsystem ist und gerade im Alter meist leicht zu korrigieren ist. Wenn möglich sollte zwischen eigentlicher Hypertension und situativer Blutdrucksteigerung unterschieden werden. Im Alter ist das oft nicht so einfach, weil situative Drucksteigerungen höhere systolische Werte aufweisen als in der Jugend und länger anhalten, so dass die Verwechslung mit einer echten Hypertension naheliegt. Ich möchte auch darauf hinweisen, wie einfach die Bestimmung der Hauchkraft ist, die mit der eigenen verglichen werden kann. Sie gibt wertvolle Anhaltspunkte über die Atemfunktion, d. h. über ein funktionell wesentliches Lungenemphysem. Soweit als möglich soll man auch die Spezialgebiete wie Augen, Ohren, Nasen, Rachen und Zähne in die Untersuchung einbeziehen. Eine rektale Untersuchung, vor allem beim Manne, darf nicht unterlassen werden. An weitem Untersuchungen möchte ich bei diesem ersten Check-up folgende empfehlen: Blutstatus, Senkungsreaktion, Blutzucker, Cholesterin, Harnstoff oder Kreatinin, Harnsäure, eventuell alkalische Phosphatase, Phosphor und Calcium, Urinstatus, EKG, Thoraxdurchleuchtung und/oder Thoraxaufnahme. Die Prüfung der Magenacidität ist insofern wichtig, als die im Alter häufige Anacidität stärker mit einem Magenkarzinom korreliert ist als ein positiver Benzidinnachweis im Stuhl. Magenkarzinome im Alter treten selten bei Vorhandensein von freier Salzsäure auf.

3. Im Normalfall erübrigt sich meist eine *spezielle psychische Untersuchung*. Die Anamnese ergibt meist genügend Anhaltspunkte.

4. Dasselbe ist der Fall für die *soziale Situation*. Unter Umständen kann freilich ein Gespräch mit Angehörigen von grossem Nutzen sein.

5. Die Möglichkeiten *rehabilitativer Massnahmen* müssen bei allen noch einigermaßen leistungsfähigen Patienten eingeschätzt werden. Das Altersturnen z. B. ist nicht nur wegen des körperlichen Trainings oft zu empfehlen, sondern auch wegen der Schaffung sozialer Kontakte.

6. Die einmalige Querschnittsuntersuchung lässt oft gewisse Fragen offen. Es bewährt sich daher in

vielen Fällen, eine *kurze Verlaufsbeobachtung* anzuschliessen, die oft offenstehende Probleme einer Klärung zuführen.

Die Präventivuntersuchung beim Betagten erschöpft sich nicht nur im Verhindern von Krankheiten und Komplikationen, sondern soll auch die bei jedem ablaufenden Altersveränderungen so gut als möglich hemmen. Deshalb sind *periodische Kontrollen* so ausserordentlich wichtig. Es geht dabei vor allem darum, mit dem betagten Patienten die gesamte Lebensweise inklusive Ernährung genau zu besprechen und dort, wo es nötig ist, zu korrigieren. Dort wo krankhafte Veränderungen nicht korrigiert werden können, muss der Patient im Rahmen der noch vorhandenen Fähigkeiten daran angepasst werden, wobei man auf rehabilitativem Wege diese Fähigkeiten steigern kann.

Die *weitem periodischen Untersuchungen* können kürzer und gezielter gefasst werden. Von ganz wesentlicher Bedeutung ist es, dass der Hausarzt bei dem ihm bekannten und kontrollierten Patienten irgendeine Veränderung im Verhalten oder in den Körperfunktionen, d. h. einem *Knick* in der vorher gleichmässigen Lebenskurve, sofort Beachtung schenkt und der Sache nachgeht. Leider werden derartige oft lebenswichtige Veränderungen häufig vom Patienten selbst bagatellisiert und dem Arzt nicht gemeldet. Ich möchte zur Illustrierung folgenden Fall anführen:

J. E., f., 59j.: Die vorher gesunde Patientin liess mich eines Morgens kommen, weil sie auf der Treppe Schwindel bekommen hatte und sich hinlegen musste. Ich fand sie im Bett liegend, auffallend blass, verdächtig auf eine Anämie. Erst nach langem Befragen äusserte die Patientin, dass seit drei Monaten der Stuhl nicht mehr geformt, sondern breiig sei, was vorher nie der Fall gewesen war. Die Röntgenuntersuchung ergab einen Tumor des Colons ascendens, bei der Operation ein leicht blutendes Carcinom. Der erste «Knick» erfolgte beim Breiigwerden des Stuhls, der leider von der Patientin nicht beachtet wurde; beim zweiten «Knick» trat ein anämisch bedingter Schwindel auf, der erst zur Herbeirufung des Arztes Anlass gab, leider zu spät. Ca. 9 Monate nach der 1. Operation trat ein Recidiv auf, das trotz einer 2. Operation zu Lebermetastasen führte.

Die ausführliche präventive Erstuntersuchung gibt uns nicht nur Anhaltspunkte für das weitere geriatrische Vorgehen, sondern ist auch immer eine wertvolle Basis im Falle, dass es irgendwann zu einer Operation kommen sollte. Die Indikationsstellung wird dadurch erleichtert.

Die Beurteilung einer bei einer präventiven Untersuchung zufällig gefundenen pathologischen Veränderung, die aber den Patienten nicht oder nur selten belästigt, ist oft nicht leicht. Ich möchte auch hier ein Beispiel anführen:

M. L., f., 57j.: Die wegen eines an sich leichten rechtsseitigen Oberbauchschmerzes durchgeführte

Cholecystographie ergab einen grossen Solitärstein in der Gallenblase. Die Patientin verweigerte die Operation. Ca. 10 Jahre lang fühlte sie sich mit Ausnahme dreier sehr leichter Schmerzepisoden bei einer Gallenschonndiät sehr wohl. Nach 10 Jahren kam es zu zunehmenden Schmerzen; wegen deren Andauerns erklärte sich die Patientin mit der Operation einverstanden. Diese ergab ein inoperables Gallenblasencarcinom bei Solitärstein. Es wäre vielleicht doch meine Pflicht gewesen, 10 Jahre früher zur Operation zu drängen, therapeutisch wegen des Steins, präventiv wegen der Beziehungen einer Steinblase zum Carcinom.

Allgemein durchgeführte Präventivuntersuchungen mit grossem medizinischem Querschnitt werden zu einer sehr grossen finanziellen Belastung der Kostenträger führen. Es ist daher ein unbedingtes Erfordernis, dass Nutzen und Kosten in ein tragbares Verhältnis gesetzt werden. Ich bin völlig überzeugt davon, dass das hier geschilderte und zweifellos auch vielerorts praktizierte Vorgehen den grössten Nutzen mit den geringsten Kosten aufweist. Die erste Untersuchung wird sicher etwas teurer zu stehen kommen, die folgenden aber viel weniger, um so mehr, als viele betagte Patienten schon jetzt in einer regelmässigen Kontrolle stehen, z. B. wegen einer Hypertension, eines Altersdiabetes, einer Herzaffektion usw. Die genaue hausärztliche Untersuchung gestattet, sehr gezielt vorzugehen. Man benötigt weniger Spezialisten; wenn man ein sich stellendes Problem so einkreisen kann, dass man gleich zu Beginn den richtigen Mann rufen kann. Es wird mir niemand widersprechen, wenn ich sage, dass viel zu viele unnötige Untersuchungen durchgeführt werden, meist als Folge einer Angst, die Verantwortung zu übernehmen oder irgend etwas zu verpassen, oder vielleicht auch nur darum, ein moderner Arzt zu sein. Man kann Diagnosen oft durch einige wenige dem Erfahrenen bekannte Anhaltspunkte stellen und soll sie wenn möglich nicht per exclusionem erheben.

Zur Prävention gehört auch die Frage, ob und wann eine Heimversorgung in Frage kommt. Es ist lobenswert, dass die meisten Betagten möglichst lange in der eigenen Wohnung bleiben wollen und das mit Hilfe von Dienstleistungen auch können. Oft übersteigt allerdings der eigene Haushalt die Kräfte oder es fehlen Hilfen. Der plötzliche Übergang in ein Heim ist dann schwer und kann zu Depressionen führen. Man muss daher die Heimversorgung vorbereiten und Vorurteile wegschaffen. Es ist einfach falsch – wie ich kürzlich wieder im Radio hörte –, dass das Altersheim ein Ghetto sei oder ein «Wartsaal für den Friedhof». Ich kenne viele Heime. In den meisten halten sich die Betagten sehr gern auf. Sie sind von Hausarbeiten entlastet und können ihre reduzierten Kräfte für ihre Liebhabereien oder ihre Ausgänge schonen. Das Heim an sich ist kein Ghetto. Es hängt einzig von der Leitung ab, ob die Pensionäre zufrieden

oder unzufrieden sind. Die modernen Heime werden wie eine Pension oder ein Hotel geführt, wobei die Betagten unter einer unauffälligen Beobachtung und Schutz stehen. Manchmal benötigt es aber eine längere Zeit, bis sich ein Betagter an das Heim gewöhnt hat. Daher ist die Vorbereitung so wichtig. Wir dürfen auch nicht vergessen, dass es in jedem Heim stets einige Unzufriedene gibt, die es ihr ganzes Leben waren und die gerade der Presse gern Auskunft geben.

Noch ein Wort zur präventiven medikamentösen Therapie im Alter. Hier wird oft Unfug getrieben. Es ist klar, dass gezielt die medikamentöse Therapie von grossem Wert sein kann, z. B. bei einer Hypertension. Ich habe sogar Verständnis für die Verabreichung eines Geriatricums mit Vitaminen und Mineralien, aber nur für eine bestimmte Dauer. Die Polymorbidität enthält die Gefahr einer Polypragmasie in sich. Auch den Missbrauch mit Psychopharmaka und andern ohne genaue Indikation gegebenen Präparaten sollte man vermeiden. Man kommt oft durch ein Gespräch mit dem Betagten und mit Rehabilitationsmassnahmen weiter.

Jede erst im Alter durchgeführte Präventivuntersuchung ist sicher nur ein Stückwerk. Zu einer echten Prävention der Alterskrankheiten werden wir nur gelangen bei Präventivmassnahmen, die in der Jugend einsetzen und das ganze Leben hindurch befolgt werden.

Zusammenfassung

Es werden die bei den Betagten besonderen Bedingungen im Hinblick auf die ärztliche Vorsorge geschildert und die zu treffenden Massnahmen angeführt. Besonders wird darauf aufmerksam gemacht, dass besser als eine in alle Einzelheiten gehende einmalige Querschnittsuntersuchung eine wohl gründliche Erstuntersuchung mit nachfolgenden regelmässigen Kontrollen durch den Hausarzt ist, der u. U. gezielt die nötigen Spezialisten bezieht. Die Untersuchungen müssen stets die somatischen, psychischen, rehabilitativen und sozialen Belange berücksichtigen. Auf plötzliche Veränderungen im Verhalten ist sehr zu achten, da sie sehr oft Ausdruck einer beginnenden schweren Krankheit sein können. Zur Vorsorge gehören auch soziale Massnahmen, wie Wahl der richtigen Unterkunft, Dienstleistungen zur Erhaltung der Selbständigkeit und personelle Betreuung.

Résumé

Les examens médicaux préventifs chez les personnes âgées

Les conditions particulières concernant la prévoyance médicale pour les personnes âgées sont évoquées et les mesures à prendre sont citées. En particulier on attire l'attention sur le fait qu'un premier examen approfondi, suivi de contrôles réguliers par le médecin traitant, qui consulte les spécialistes qu'il faut en cas de besoin, est préférable à un examen transversal unique allant dans tous les détails. Les examens doivent tenir compte des données somatiques, psychiques, sociales et réhabilitatives. Il s'agit de bien veiller à d'éventuels brusques changements dans le comportement, ceux-ci étant souvent la manifestation d'un début de maladie grave. Les mesures sociales, le choix de logements appropriés, les services servant à conserver l'autonomie et les soins personnels font également partie de la prévoyance.

Summary

The medical check-up of the elderly

Described are the special conditions concerning old people in regard to medical prophylaxis and measures to take. Attention is especially drawn to the fact that a thorough first examination with following regular controls by the family doctor, who in certain cases consults the necessary specialists, is better than a solitary transverse examination going into all details. The examination must always take into consideration the somatic, psychic, rehabilitating and social interests. Attention must be paid to sudden changes in behaviour as quite often they can be expression of a beginning severe disease. Social precautions also belong to prophylaxis as choice of the right lodging, services for maintenance of independence and personal care.

Literatur

- [1] Anderson W. F.: Practical Management of the Elderly. Chapter 3: The Preventive Approach (S. 24-34). Blackwell Scientific Publications, Oxford and Edinburgh 1967.
- [2] Delachaux A.: Mündliche Mitteilung.
- [3] Geiser B. und Steinmann B.: Infektionen im Alter. Zschr. Gerontol. 2, 69-85 (1969).
- [4] Howell T. H. and Piggot A. P.: Geriatrics 5, 85 (1950).
- [5] Rössle R.: Zit. nach Selberg.
- [6] Selberg W.: Morphologische Grundlagen der Multimorbidität im Alter. In «Schwerpunkte in der Geriatrie 2», Werk-Verlag Dr. E. Banaschewski, München-Grafelfing, S. 22-26 (1973).
- [7] Zilli A.: Gérontologie ou géiatrie préventive. Médecine et Hygiène, No 846, 1301-1302 (1968).

Adresse des Auteurs

Prof. Dr. med. B. Steinmann, Medizinische Abteilung des C. L. Lory-Hauses, Inselspital, CH-3010 Bern.